

# OBJECTIF 2015

## 70% des hypertendus contrôlés



*Les raisons de **cette ambition**, les moyens pour **y parvenir***

Livret d'information réalisé et diffusé dans le cadre du plan d'action national "Accident vasculaire cérébral" 2010-2014 par le Comité Français de Lutte contre l'Hypertension Artérielle (CFLHTA), la Société Française d'Hypertension Artérielle (SFHTA) et la Société Française Neuro-Vasculaire (SFNV) grâce au soutien de la Direction Générale de la Santé (DGS).

# Vivre plus longtemps : une ambition à partager



Les maladies cardiovasculaires ont longtemps été perçues comme une fatalité dont la survenue brutale bouleversait des parcours personnels et familiaux. Depuis 50 ans, l'accès du plus grand nombre aux avancées thérapeutiques a permis une réduction exemplaire de la mortalité cardiovasculaire et contribué à l'allongement de l'espérance de vie en France<sup>1</sup>. Ces acquis sont néanmoins fragiles, et à la merci d'une baisse progressive de la vigilance sanitaire vis-à-vis de l'hypertension artérielle (HTA), qui reste **la maladie touchant le plus de Français**. La stagnation relative du contrôle tensionnel en France depuis 5 ans en est potentiellement l'un des marqueurs précoces<sup>2</sup>.

Le Comité Français de Lutte contre l'Hypertension Artérielle (CFLHTA), la Société Française d'Hypertension Artérielle (SFHTA) et la Société Française Neuro-Vasculaire (SFNV), avec le soutien de la Direction Générale de la Santé (DGS), ont décidé **d'unir leurs forces** pour imprimer un nouveau souffle à la prise en charge de cette maladie. L'objectif est de faire du contrôle tensionnel **un axe prioritaire** pour améliorer l'état sanitaire de la population par une diminution des maladies les plus redoutées des Français que sont les accidents vasculaires cérébraux, le handicap et la démence. **Atteindre 70% des hypertendus contrôlés et traités en 2015 est notre objectif**.

Ce livret réalisé par des experts de l'HTA se veut **informatif et pragmatique** afin d'apporter aux praticiens impliqués dans la prise en charge de l'HTA, première cause des accidents vasculaires cérébraux, une synthèse des moyens thérapeutiques actuels pouvant conduire à améliorer la prévention des AVC.

Préserver la bonne santé cardiovasculaire pour **vivre plus longtemps** est notre ambition. Partageons-la ensemble.

**Jean-Jacques Mourad**  
Président du CFLHTA

**Mathieu Zuber**  
Président de la SFNV

**Xavier Girerd**  
Président du SFHTA



<sup>1</sup> CNAMTS 2007

<sup>2</sup> FLAHS 2010

# Prévalence de l'hypertension artérielle

**A**ujourd'hui, 1 à 1,5 milliard de personnes sont hypertendues dans le monde pour 600 millions en 1960<sup>3</sup>. L'HTA est ainsi la maladie chronique la plus fréquente et constitue le premier motif de consultation en médecine générale dans le monde.

L'augmentation de la prévalence de l'HTA est en premier lieu la conséquence du vieillissement des populations car l'HTA est fortement liée aux modifications cardiovasculaires associées à l'âge. En France, on estime que 15 à 16 millions de personnes sont hypertendues et que 70% des hypertendus traités sont âgés de plus de 60 ans<sup>4</sup>. C'est aussi une conséquence des changements dans le mode de vie et des usages alimentaires observés au cours des 50 dernières années : augmentation des apports caloriques, des aliments riches en lipides et en sel, diminution des activités physiques quotidiennes et hausse de la sédentarité.

Les complications de l'HTA sont nombreuses et bien connues : maladies coronaires et autres maladies cardiaques, maladies cérébrovasculaires (accident vasculaire cérébral (AVC) ischémique

et hémorragique, encéphalopathie hypertensive), maladies rénales (les néphropathies vasculaires et diabétiques sont actuellement les deux plus gros pourvoyeurs de dialyse). D'autres, bien que moins fréquentes, sont tout aussi redoutables : dissection ou anévrisme de l'aorte, éclampsie, cécité. Enfin, il y a de plus en plus d'éléments prouvant que l'HTA est directement responsable des arythmies cardiaques et des démences<sup>5</sup>.

Aussi, compte tenu de sa fréquence dans le monde et du nombre de maladies qu'elle génère, l'HTA est indiscutablement classée «numéro 1» en termes de mortalité attribuable. Près de 8 millions de décès par an, soit 13% des décès annuels, sont liés aux complications de l'HTA selon le dernier rapport de l'OMS<sup>3</sup>. Sur 100 AVC, 40 sont directement attribuables à l'HTA.



## UN OBJECTIF TENSIONNEL SIMPLIFIÉ

PAS < 140 mmHg et PAD < 90 mmHg  
pour tous les hypertendus en consultation  
(qui correspond à PAS < 135 mmHg et PAD < 85 mmHg en automesure)

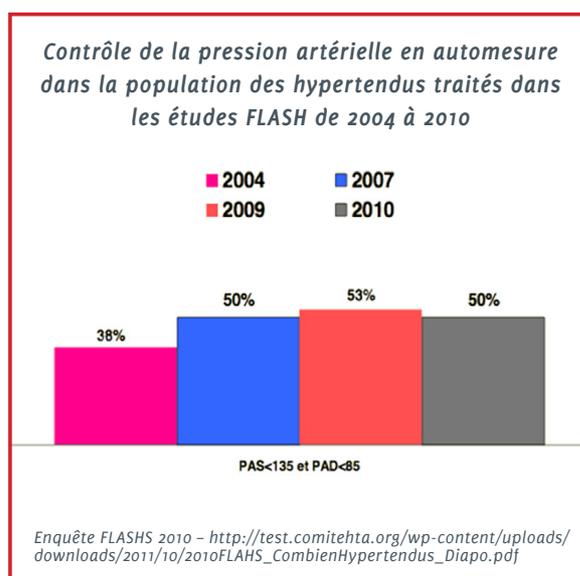
Après 80 ans : PAS < 150 mmHg sans hypotension orthostatique significative

<sup>3</sup> OMS 2011. <sup>4</sup> CFLHTA - Estimation du nombre des sujets traités pour une hypertension, un diabète ou une hyperlipidémie en France : étude FLAHS 2002. <sup>5</sup> Barnes DE, Lancet 2011.

# Améliorer le contrôle des hypertendus traités : une impérieuse nécessité

En France, selon l'Etude Nationale Nutrition Santé (ENNS) 2006<sup>6</sup> portant sur des sujets de 18 à 74 ans, parmi les hypertendus traités, seuls 50,9% avaient une pression artérielle normalisée par le traitement. La normalisation des chiffres tensionnels était plus fréquente chez les femmes (58,5%) que chez les hommes (41,8%). Pour ces derniers, on observait une diminution progressive du contrôle tensionnel avec l'âge, de 46,8% entre 45 et 54 ans, à 33,9% entre 65 et 74 ans. Dans l'étude de la cohorte 3C menée chez des patients de 65 ans et plus, 69% des patients traités n'étaient pas contrôlés.

Après une période de nette amélioration du pourcentage des patients traités et contrôlés en France, ce taux est relativement stagnant, alors qu'il a continué de progresser aux Etats-Unis et dans des pays Européens voisins.



De multiples facteurs sont à l'origine de cette situation, certains associés aux patients : manque d'information sur la maladie hypertensive et perte de motivation au cours de la prise en charge chronique,

mauvaise observance des traitements, déni ou craintes sur les bénéfices des médicaments ; d'autres liés au corps médical : banalisation et désintérêt pour une maladie très fréquente avec une prise en charge apparaissant trop routinière, inertie des prescripteurs pour l'ajustement des traitements, non utilisation des nouvelles méthodes de mesure tensionnelle. Enfin, d'autres sont liés aux autorités de santé : recommandations médicales inadaptées et/ou non applicables, contraintes médico-économiques avec effets contradictoires. Toujours selon l'étude ENNS 2006 35,9% des patients hypertendus non contrôlés n'étaient traités que par une seule classe d'antihypertenseurs, 41,4% par deux classes et 22,7% par trois classes. Il en résulte «une dette thérapeutique». En effet, lorsque la pression artérielle n'est pas contrôlée, il est recommandé de vérifier l'application des conseils hygiéno-diététiques et d'ajouter un autre antihypertenseur, ce qui n'est pas habituellement mis en pratique selon cette étude.

Les bénéfices du traitement des hypertendus par les médicaments antihypertenseurs sont pourtant largement démontrés. Le niveau de preuve scientifique obtenu est un des plus élevés de la médecine. Ainsi, augmenter substantiellement le nombre d'hypertendus équilibrés apparaît être l'une des mesures les plus efficaces pour réduire la mortalité cardiovasculaire, les maladies handicapantes et inductrices de dépendance (AVC, Infarctus, Insuffisance rénale terminale et démences).

Intensifier le traitement antihypertenseur chez les hypertendus non contrôlés est indispensable pour améliorer la prise en charge de l'HTA en France.

<sup>6</sup>ENNS 2006 - <http://www.mangerbouger.fr/pro/IMG/pdf/ENNS.pdf>

L'objectif fixé de 70% d'hypertendus équilibrés est ambitieux mais atteignable : les Etats-Unis affichent ce taux depuis 2010<sup>7</sup> et les patients inclus dans les essais

thérapeutiques les plus récents ont atteint cet objectif. Les moyens sont disponibles, à nous de nous les approprier.

## Comment y parvenir ?



**A**tteindre l'objectif tensionnel chez plus de 70% des hypertendus traités est un objectif que chaque médecin peut atteindre si des actions plus précises sont appliquées à certaines étapes de la prise en charge.



## Eviter la banalisation du suivi de l'hypertendu

L'HTA est une maladie très fréquente au cours de la pratique médicale qui expose le médecin au risque de banalisation. Montrer une préoccupation constante pour la pathologie que présente l'hypertendu permettra à ce dernier d'adhérer aux propositions de prise en charge et d'observer les prescriptions.

## Répondre positivement à la durée du traitement

La phrase récurrente « le traitement est à vie » résume le traitement antihypertenseur à une contrainte très lourde à supporter. Apporter au patient une vision positive du traitement qui permet « de **vivre plus longtemps** et sans maladie handicapante » est un moyen qui favorisera la prise en charge durable.

## Optimiser les stratégies de prise en charge

Les analyses de pratiques récentes prouvent que les médecins n'adaptent pas toujours leurs prescriptions face à un hypertendu qui n'atteint pas l'objectif tensionnel (inertie thérapeutique). Plusieurs facteurs explicatifs ont été proposés : valeur informative limitée de la pression artérielle mesurée au cabinet, adhésion partielle aux objectifs tensionnels préconisés, absence de schéma de traitement au-delà de la bithérapie. Des programmes de formation au Canada et en Grande-Bretagne ont démontré que **simplifier** les schémas d'usage des traitements permettait d'améliorer le taux d'hypertendus contrôlés en médecine générale. Nous rappelons ici les grands principes qui pourront s'appliquer à une majorité des situations cliniques rencontrées.

<sup>7</sup> NHANES 2008

## 7 conseils pour une meilleure prise en charge

### 1 S'assurer du niveau tensionnel en dehors de la consultation

Les recommandations actuelles indiquent de «mesurer la PA en dehors du cabinet médical pour confirmer l'HTA, avant le début du traitement antihypertenseur médicamenteux, mais aussi lors du suivi de l'hypertendu traité, en particulier lorsque la PA n'est pas contrôlée en consultation<sup>8</sup>». L'usage des méthodes de mesures ambulatoires (MAPA ou automesure) doit être soutenu par les professionnels de santé afin de titrer en toute sécurité les traitements antihypertenseurs.

#### Règle des 3 pour l'automesure

Dans la semaine qui précède une visite médicale pour le suivi de l'HTA, il est conseillé d'effectuer au calme, après un repos de quelques minutes, en position assise :

- 3 mesures le matin au petit-déjeuner
- 3 mesures le soir avant le coucher
- 3 jours de suite
- les mesures étant espacées de quelques minutes

Ces outils permettent une augmentation sécurisée des traitements chez des patients dont la pression n'est authentiquement pas contrôlée en ambulatoire.

### 2 Dépister la mauvaise observance des traitements

La mauvaise observance des traitements est plus fréquente que ne l'imaginent les médecins et se rencontre chez tous les types de patients. La recherche d'une observance imparfaite doit être active à l'occasion de chaque consultation et doit au minimum

comporter la question «avez-vous manqué un ou plusieurs de vos traitements depuis la dernière visite ?». De même, l'inobservance aux mesures diététiques pouvant jouer un rôle favorable sur le contrôle de la pression artérielle doit être recherchée en particulier lorsque celle-ci n'est pas à l'objectif (consommation de sel, quantité d'alcool). Pour aider à dépister les principales raisons d'une mauvaise observance, l'intégration de questionnaires spécifiques doit être favorisée, dans le cadre habituel de la consultation. Y seront explorées les raisons fréquentes de mauvaise observance : le défaut d'organisation, le déni de la maladie, l'intolérance des traitements. La connaissance des causes de l'inobservance est la première étape permettant de corriger ces obstacles.

### 3 Passer de la monothérapie à la bithérapie fixe en cas de non contrôle après le traitement initial

Un seul principe pharmacologique ne permet le contrôle que de 25% des hypertendus traités. Si un hypertendu traité n'est pas contrôlé par la monothérapie initiale, le passage à une bithérapie sera plus efficace que le doublement de la dose de la monothérapie. Le choix d'une combinaison sous la forme d'une association fixe est à privilégier car elle permet de garder la simplicité de prescription d'un seul comprimé qui favorise l'observance du traitement.

### 4 Proposer la prescription de la trithérapie antihypertensive chez les patients non contrôlés par une bithérapie

L'usage de trois classes pharmacologiques en association est nécessaire pour permettre d'atteindre l'objectif tensionnel chez les hypertendus non contrôlés par une bithérapie. Cette situation peut concerner jusqu'à 50%

des hypertendus d'une patientèle. Lorsque l'HTA est non contrôlée par une bithérapie, la trithérapie préconisée chez la majorité des patients en prévention primaire est la combinaison d'un bloqueur du système rénine-angiotensine, d'un inhibiteur calcique et d'un diurétique thiazidique. Ce choix pourra être reconsidéré s'il existe une indication spécifique pour l'usage d'un médicament de la famille des bêta-bloquants, une contre-indication ou une intolérance aux médicaments recommandés pour leur usage préférentiel en trithérapie.

## 5 Rechercher les signes en faveur d'une cause à l'HTA non contrôlée

A tous les stades de la prise en charge, et plus particulièrement en cas de résistance à une trithérapie, il conviendra d'évoquer l'existence d'une cause à l'HTA.

- En cas de kaliémie < 3,7 mmol/l ou de prescription chronique de supplémentation potassique, en particulier alors qu'un traitement comportant un bloqueur du système rénine-angiotensine est prescrit avec une efficacité partielle pour obtenir le contrôle de la pression artérielle, un hyperaldostérionisme primaire sera suspecté. Des investigations appropriées seront à réaliser avec l'aide d'un spécialiste de l'HTA.
- L'existence de troubles du sommeil et de la vigilance diurne secondaire à un syndrome d'apnée du sommeil sera évoquée par le questionnaire d'Epworth. La recherche d'une apnée du sommeil est à effectuer de façon systématique devant une HTA traitée non contrôlée.

## 6 Organiser le parcours de soins des hypertendus et l'accès aux spécialistes

Dans le système de santé actuel en France, aucun parcours de soin systématisé n'a été

défini pour les patients hypertendus. Le recours aux spécialistes est le plus souvent lié à l'apparition d'une complication. Un avis spécialisé devrait être sollicité chez les hypertendus non contrôlés par une trithérapie antihypertensive, chez les patients suspects d'HTA secondaire, pour le dépistage des atteintes des organes cibles de l'HTA chez les hypertendus ayant un risque cardiovasculaire élevé. Les spécialistes de l'HTA sont habituellement issus des disciplines suivantes : cardiologie, néphrologie, endocrinologie, médecine interne. Des services hospitaliers ont été reconnus par la Société Européenne d'HTA et la Société Française d'HTA comme «centres d'excellence en HTA». L'avis spécialisé en HTA a pour vocation d'optimiser la prise en charge globale (pharmacologique, nutritionnelle, éducative) des patients ayant une HTA sévère avec complications cardiovasculaires et/ou non contrôlée.

## 7 Evaluer la performance de la prise en charge

Fixer l'objectif de 70% d'hypertendus traités et contrôlés impose que chaque médecin à l'échelle de sa patientèle mette en place le moyen d'évaluer sa performance. Selon les recommandations actuelles «il faut privilégier la mesure électronique de la pression artérielle (PA) dans le cadre du diagnostic et du suivi des hypertendus au cabinet médical et en ambulatoire». Ainsi, en complément des mesures de la pression artérielle au cabinet médical, il est nécessaire que chez l'hypertendu traité «la mesure de la PA en dehors du cabinet médical par MAPA ou automesure soit réalisée dans le cadre du suivi de l'hypertendu». L'informatisation du dossier médical combinée à une mesure moderne du niveau tensionnel permettra de connaître avec précision la performance du système de santé pour la prise en charge de l'HTA.



# En pratique

## TEST D'ÉVALUATION DE L'OBSERVANCE

- Ce matin, avez-vous oublié de prendre votre traitement ?
- Depuis la dernière consultation, avez-vous été en panne de médicaments ?
- Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement en retard ?
- Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que votre mémoire vous fait défaut ?
- Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que vous avez l'impression que votre traitement vous fait plus de mal que de bien
- Pensez-vous que vous avez trop de comprimés à prendre ?

Répondre par oui ou non à chaque question. Si le nombre de **oui est de 3 ou plus**, une **mauvaise observance** du traitement antihypertenseur est probable.

## ÉCHELLE DE SOMNOLENCE D'EPWORTH

Probabilité de *s'endormir* : 0 = jamais, 1 = faible, 2 = moyenne, 3 = forte

Situation	Note (de 0 à 3)
Assis en train de lire	.....
En regardant la télévision	.....
Assis inactif dans un lieu public (cinéma, théâtre, réunions)	.....
Passager d'une voiture ou d'un transport en commun roulant depuis au moins une heure sans arrêt	.....
Allongé l'après-midi lorsque les circonstances permettent de se reposer	.....
En position assise au cours d'une conversation avec un proche	.....
En position assise au calme après un repas	.....
Au volant d'une voiture immobilisée depuis quelques minutes dans un embouteillage	.....
<b>Score final (de 0 à 24) :</b>	.....

si le **score est >10**, le diagnostic de **syndrome d'apnée du sommeil** doit être suspecté

## HTA NON CONTRÔLÉE EN PRÉVENTION PRIMAIRE

Dépister l'inobservance



Non contrôle confirmé par les mesures ambulatoires



Atteindre une trithérapie composée d'un bloqueur du SRA, d'un diurétique thiazidique et d'un inhibiteur calcique\*

\* sauf contre-indications ou intolérance



Avis spécialisé

